**线下医学国际交流项目-2024年儿科学术学会年会（PAS 2024)**

**申请书**

**一、申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **所属医院** |  |
| **所属科室** |  | **职称** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  | | |
| **申请日期** |  | | |
| **是否为国家级学会委员、省级学会主委、副主委、常委及委员** | |  | |
| **是否相关疾病领域的临床治疗经验** | |  | |
| **是否在全球/全国顶尖学术期刊发表过文章** | |  | |
| **是否主导或参与完成国家级科研项目** | |  | |
| **获得所在单位书面同意** | |  | |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参加医学线下医学国际交流项目-2024年儿科学术学会年会（PAS 2024)，明白项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流。且本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**